

Strzyżów, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(stopień pokrewieństwa)

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna**  
38-100 Strzyżów  
ul. Parkowa 4

**WNIOSEK O PRZEKAZANIE TECZKI**

Proszę o przekazanie dokumentów mojego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia .....

Imiona rodziców .....

Adres zamieszkania .....

Nazwa placówki do której uczęszcza dziecko .....

Klasa/oddział .....

**DO:**

Nazwa placówki, do której ma być przekazana teczka.....

Adres placówki .....

Nazwisko psychologa .....

.....  
Podpisy rodziców/opiekunów prawnych